Aus der Nervenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr.med. O. S c h r a p p e

Die Inzidenz stationär psychiatrisch behandelter Patienten in Unterfranken unter Berücksichtigung ihrer Diagnosen und deren regionaler Verteilung

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät

der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Gerhard Köble

aus Schwäbisch Hall

Würzburg, den 21. April 1981

Aus der Nervenklinik und Poliklinik der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr.med. O. S c h r a p p e

Die Inzidenz stationär psychiatrisch behandelter Patienten in Unterfranken unter Berücksichtigung ihrer Diagnosen und deren regionaler Verteilung

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät

der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Gerhard Köble

aus Schwäbisch Hall

Würzburg, den 21. April 1981

Referent: Professor Dr. med. O. Schrappe

Korreferent: Professor Dr. med. H. Sattes

Dekan: Professor Dr. med. K.-H. Wulf

Tag der mündlichen Prüfung: 10.12.1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Würzburg

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Einleitung	1
1.1.	Intention der Studie	1
1.2.	Die Bedeutung von epidemiologischen Untersuchungen für die Planung von psychiatrischen Versorgungsstrukturen	2
2.	Material und Methode	3
2.1.	Ermittlung der Diagnosen	3
2.2.	Einteilung der Diagnosen	4
2.2.1.	Allgemeine Problematik der Diagnosestellung in der Psychiatrie	4
2.2.2.	Problematik der Diagnoseneinteilung für diese Studie	5
2.2.3	Nähere Beschreibung der einzelnen Diagnosegruppen	6
2.2.3.1.	Organisch-symptomatische Psychosen	6
2.2.3.2.	Schizophrenien	7
2.2.3.3.	Sonstige Psychosen	7
2.2.3.4.	Reaktive psychische Störungen und Neurosen	7
2.2.3.5.	Suchterkrankungen	8
3.	Ergebnisse und Diskussion	9
3.1.	Regionale Diagnosenverteilung	9
3.2.	Vergleich der Diagnosenverteilung der drei untersuchten Kliniken	25
3.3.	Vergleich einer Stichtagserhebung mit der Längsschnittstudie an den PLKs Lohr und Werneck im Untersuchungsjahr	30
3.4.	Vergleich der Diagnosenverteilung der UNK Würzburg und der PLKs Lohr und Werneck mit Nervenarztpraxen	32
4.	Zusammenfassung	37
	Anhang	39
	Literaturverzeichnis	

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543519_0011

1. Einleitung

1.1. Intention

Diese Studie ist Teil einer größeren Untersuchung an der Universitätsnervenklinik Würzburg über Probleme der regionalen psychiatrischen Versorgung im Hinblick auf die Forderungen des 1. Bayerischen Landesplanes.

Nachdem 1980 zwei Studien über die Struktur der ambulanten psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte im Einzugsgebiet der UNK (Universitätsnervenklinik) Würzburg durchgeführt wurden (Hempfling, F., 1980; Kappos, L., 1980), soll diese Studie ausschließlich die stationäre Versorgung psychisch Kranker im Raum Unterfranken untersuchen. Spezielles Interesse gilt hier der geographischen Herkunft und Verteilung des Patientenklientels unter Berücksichtigung seiner Diagnosen. Weiterhin soll die Diagnosenverteilung von den 3 zu untersuchenden Kliniken dargestellt werden. Schließlich sollen diese Ergebnisse mit den Verhältnissen der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte verglichen werden und damit die Möglichkeit bieten, die derzeitige Problematik psychiatrischer Versorgung anzugehen und einen Beitrag zu leisten für die Planung und Bedarfsschätzung von noch zu schaffenden Einrichtungen,wie z.B. komplementäre oder teilstationäre Dienste.
Im Sinne eines "Erkundungsexperiments" (Battegay, R., et al., 1977) sollen bestehende Verhältnisse unter epidemiologischen Gesichtspunkten beschrieben und, soweit möglich, mit bisherigen Ergebnissen anderer Studien verglichen werden.

An dieser Stelle sei noch betont, daß der im Thema benutzte Begriff der Inzidenz sich nicht auf das Auftreten psychiatrischer Krankheiten in dem untersuchten Gebiet (Unterfranken) bezieht, sondern lediglich diejenigen psychiatrischen Erkrankungen erfaßt, die einer stationären Behandlung bedürfen.

Erkrankungsfälle von Kindern und Jugendlichen sind ausgenommen; ebenso der zu vernachlässigende Anteil der außerhalb der drei wichtigsten Kliniken (Würzburg, Lohr, Werneck) stationär behandelten Patienten.

1.2. Die Bedeutung von epidemiologischen Untersuchungen für die Planung von psychiatrischen Versorgungsstrukturen.

Da man sich in Fachkreisen seit etwa 10 Jahren darüber einig ist, daß die psychiatrische Versorgung in der BRD bislang unzureichend war, wurde mit der Planung zur Umstrukturierung, Modernisierung und Neueinrichtung psychiatrischer Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen begonnen.
Um sinnvoll für die zukünftige Versorgung planen zu können, müssen zunächst die bestehenden Einrichtungen auf unterschiedliche Kriterien hin untersucht werden. Besondere Bedeutung kommen hier Studien über die Auslastung und Effektivität vorhandener Einrichtungen zu, die Daten als Grundlage für eine "angebotsorientierte Planung" liefern. Um den wirklichen Bedarf an Einrichtungen festzustellen, sind diese Studien jedoch nicht geeignet, da sich nach Cooper-Morgan (1977) nur ca. 50 % der Behandlungsbedürftigen tatsächlich in Behandlung begeben. Hier wären retrospektive Longitudinalstudien an nicht selektierten, repräsentativen Bevölkerungsgruppen besser geeignet. Damit könnten auch Veränderungen der Sozialstruktur über einen längeren Zeitraum aufgezeigt werden, deren Kenntnis eine "bedarfsorientierte Planung" ermöglichen würde.

Diese Studie soll nur über die Anzahl der stationären Aufnahmen in drei Kliniken Aufschluß geben, um anhand ihrer Diagnosenverteilungen regionale Häufungen bestimmter Diagnosegruppen zu erkennen und Rückschlüsse zu ermöglichen auf die Notwendigkeit spezieller Versorgungseinrichtungen.

Die Bedeutung epidemiologischer Untersuchungen als Grundlage der Planung ist vor allem von der WHO immer wieder betont worden (WHO-Euro, 1968).

2. Material und Methode

2.1. Ermittlung der Diagnosen

Die Untersuchung bezieht sich auf alle erwachsenen Patienten, die zwischen dem 1. 7. 1977 und dem 30. 6. 1978 in den PLKs (Psychiatrischen Landeskrankenhäusern) Lohr und Werneck und in der UNK Würzburg stationär aufgenommen wurden.
Nicht berücksichtigt wurden Patienten, die nur zur Erstellung eines Gutachtens aufgenommen wurden, weil therapeutische Aspekte hier im Hintergrund standen.
Anhand der Archivunterlagen der 3 Kliniken konnten Diagnose und Wohnort eines jeden Patienten ermittelt werden.

Von den beiden PLKs Lohr und Werneck wurde außerdem eine Stichtagserhebung gemacht; d.h., alle am 31. 8. 1979 in stationärer Behandlung befindlichen erwachsenen Patienten wurden unter Berücksichtigung ihrer Diagnosen erfaßt.

Der oben genannte Untersuchungszeitraum 77/78 ist derselbe, der als Längsschnitt der Arbeiten von Kappos und Hempfling (1980) zur Untersuchung der Diagnosenverteilung ambulant durch niedergelassene Nervenärzte behandelter Patienten zugrundegelegt wurde. Er wurde absichtlich so gewählt,um einen besseren Vergleich mit diesen Untersuchungen zu erlauben.
Das Untersuchungsjahr fällt in die Zeit vor der vom 1. Bayerischen Landesplan vorgeschlagenen Entflechtung der Aufgaben der PLKs und somit vor die geplante Verminderung der Bettenzahlen in den PLKs.

Andere stationären oder offene psychiatrischen Einrichtungen wurden in der Untersuchung nicht berücksichtigt, da sie sich zum Untersuchungszeitpunkt entweder noch in Planung befanden (z.B. Übergangswohnheim Scanzonistr., Würzburg) oder ihre Arbeit erst vor kurzem aufgenommen hatten (z.B. Rehabilitationszentrum Neustadt am Main). Somit konnten von diesen Einrichtungen noch keine relevanten Ergebnisse für die psychiatrische Versorgung Unterfrankens erwartet werden.

Ebenfalls unberücksichtigt blieben Unterbringungs- und Pflegeheime für z.B. gerontopsychiatrische Patienten oder geistig Behinderte (z.B. St. Josefs-Stift, Eisingen), da diese Dauerbetreuungsplätze wegen der sehr langen Aufenthaltsdauer nur sehr wenig Aufnahmen pro Jahr haben und damit auf die hier untersuchte Inzidenzrate praktisch kaum Einfluß nehmen.

Aus der Stichtagserhebung der beiden PLKs ist der Anteil chronisch hospitalisierter Patienten abzuschätzen; zudem erlaubt sie einen Vergleich mit den Aufnahmeraten des Untersuchungsjahres.
Der Vergleich der Diagnosenverteilung des Stichtages mit der des Untersuchungsjahres erlaubt eine differenzierte Beurteilung der Diagnosegruppen der Patienten, die am häufigsten langzeitig hospitalisiert werden.

2.2. Einteilung der Diagnosen

2.2.1.Allgemeine Problematik der Diagnosestellung in der Psychiatrie

Zur Verdeutlichung der Problematik sei an dieser Stelle Conrad, K. (1959) zitiert: "Der Fall eines Beziehungswahns bei Verstimmung nach einer Entlobung bei einer Frau mit einer Struma würde vielleicht in Göttingen als beginnender schizophrener Schub diagnostiziert, während er in Tübingen mehrdimensional als sensitiver Beziehungswahn bei schizoider Konstitution und Basedowoid aufgefaßt würde, in Heidelberg vielleicht als Untergrunddepression, in Berlin-Ost als "affektvolle Paraphrenie" im Sinne einer scharf definierbaren heredodegenerativen Einheit, in Zürich als endokrine Psychose bei Schilddrüsenerkrankung, in Bonn als paranoid gefärbte endoreaktive Dysthymie, in Hamburg als cyclothyme Depression mit paranoiden Wahneinlagen und in Frankfurt als Folge einer gestörten Daseinsordnung, also als eine Form des Scheiterns auf dem Lebensweg".

Eine einheitliche Klassifizierung psychiatrischer Diagnosen war vor Einführung der ICD fast unmöglich, weil dabei zuviele Faktoren seitens des Diagnostikers, aber auch des Patienten und der Nomenklatur eine bedeutende Rolle spielten (Beck,A.T., 1962). Zudem fehlen in den meisten Fällen die sogenannten "harten Daten", die in der somatischen Medizin eine Diagnosenklassifizierung in immer differenzierterer Weise ermöglichen. Hier kommt Kurt Schneider der Verdienst zu, sich ausgiebig in seiner "klinischen Psychopathologie" (1950) um eine Vereinheitlichung bemüht zu haben.

In einer Vergleichsstudie zwischen psychiatrischen Großkrankenhäusern und Nervenarztpraxen in Hamburg und Süd-Württemberg-Hohenzollern stellten Degkwitz et al. (1973) fest, daß der Diagnosenschlüssel der ICD in bestimmten Fällen für die nervenärztliche Praxis nicht immer so gut geeignet ist wie für die Diagnosenklassifikation in der Klinik.
Häfner (1978) betont, daß eine diagnostische Klassifikation für epidemiologische Studien unerläßlich sei, und daß "die Exaktheit der Ergebnisse von der Zuverlässigkeit der Zuordnung zu den definierten diagnostischen Kategorien abhängig" sei.

2.2.2. Problematik der Diagnoseneinteilung für diese Studie

Bei der Diagnoseneinteilung dieser Arbeit ergaben sich erhebliche Schwierigkeiten, da in den PLKs Unterfrankens die Diagnosen im Gegensatz zur UNK Würzburg sehr weit gefaßt waren. Das gleiche Problem stellte sich Bauer (1977) bei seiner Studie, wo ebenfalls keine ICD Schlüssel zur Verfügung standen. Vor allem in Würzburg fanden sich für einen Patienten oft mehrere Diagnosen. In einem solchen Fall wurde die "Hauptdiagnose" in die Studie aufgenommen. Als "Hauptdiagnose" wurde diejenige definiert, die zu allererst therapeutisch angegangen werden sollte (z.B. Polytoxikomanie, Persönlichkeitsstörung: hier wurde die Diagnose Polytoxikomanie in die Studie aufgenommen, da sie unter dem Versorgungsaspekt zunächst an erster Stelle steht).

Es wurden hier die folgenden 5 Diagnosegruppen unterschieden:

1. organisch-symptomatische Psychosen
2. Schizophrenien
3. sonstige Psychosen
4. reaktive psychische Störungen und Neurosen
5. Suchterkrankungen.

Die recht vereinfachte und grobe Einteilung ergab sich aus den oben erwähnten Schwierigkeiten; nicht zuletzt aber auch, weil in der Literatur verschiedener psychiatrisch-epidemiologischer Studien jeweils unterschiedliche, jedoch ausführlichere Diagnoseeinteilungen angegeben sind. Es wurde daher versucht, eine Einteilung zu finden, in die andere Diagnosenschlüssel integriert werden können, um somit Vergleiche mit anderen, ähnlichen Studien zu ermöglichen.

2.2.3. Nähere Beschreibung der einzelnen Diagnosegruppen

2.2.3.1. Organisch-symptomatische Psychosen

Entgegen der ICD Klassifikation wurden hier alkohol- und drogenbedingte Psychosen ausgeklammert. Sie wurden in die Gruppe der Suchterkrankungen eingeordnet, sofern aus den Aufnahmebüchern hervorging, daß eine Sucht zugrundelag. Weiterhin wurden in diese Gruppe spezifische, nicht psychotische Störungen nach Hirnschädigungen aufgenommen, da die organische Ätiologie hier im Vordergrund stand. Auch Oligophrenien, andere Schwachsinnsformen und Epilepsien wurden dieser Gruppe zugeordnet, da auch hier zu einem großen Teil organische Störungen als Ursache anzusehen sind.
Die Zusammenfassung dieser Störungen in eine einzige Diagnosegruppe mag sehr undifferenziert sein, scheint aber im Hinblick auf Versorgungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten dennoch sinnvoll und gerechtfertigt.

2.2.3.2. Schizophrenien

Die Diagnosegruppe der Schizophrenien wurde wie in anderen Studien gesondert untersucht, da sie sich von anderen endogenen Psychosen im Hinblick auf Prognose und Versorgungsaspekte unterscheidet. Gerade diese Patientengruppe schien besonders repräsentativ für die Planung halbstationärer und extramuraler Einrichtungen zu sein, da sie erfahrungsgemäß das Hauptklientel solcher Einrichtungen darstellt (Milech, T., 1981).

2.2.3.3. Sonstige Psychosen

In diese Gruppe wurden alle Psychosen mit Ausnahme der beiden oben genannten Gruppen aufgenommen. Diese Gruppe entstand somit nach dem Ausschlußprinzip. Hier herein fallen insbesondere die große Gruppe der Affektiven Psychosen. Es wurden neben den Formen der MDE auch alle, die die nicht weiter differenzierte Bezeichnung "Depression" tragen, hier hereingruppiert, da dieser Begriff häufig vereinfachend anstelle der Bezeichnung: bipolare, unipolare oder endogene Depression benützt wird. "Reaktive" oder "neurotische" Depression wurde der Diagnosengruppe 4 zugeordnet; es ist jedoch nicht auszuschließen, daß auch die Gruppe 3 solche Depressionsformen aus der Gruppe 4 enthält und umgekehrt. Allerdings kann angenommen werden, daß die eventuell psychodynamisch bedingten Depressionen, weil sie einer stationären Behandlung bedurften, in ihrer Intensität und Ausprägung Psychose-Wertigkeit hatten.

2.2.3.4. Reaktive psychische Störungen und Neurosen

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Erkrankungen und andere nichtpsychotische Störungen wurden etwas großzügiger in einer Gruppe zusammengefaßt; nichtzuletzt, weil gerade hier eine genaue Differenzierung ohne ICD Schlüssel besonders schwierig war. Auch hier spielten die gemeinsamen Versorgungsaspekte, nämlich die vorrangige Notwendigkeit psycho-

therapeutischer Therapieangebote, eine wesentliche Rolle.

2.2.3.5 Suchterkrankungen

Alle Formen von Suchterkrankungen wurden auch hier unter dem Aspekt der Versorgung in eine Gruppe zusammengefaßt. Es ist selbstverständlich, daß in therapeutischen Angeboten auch verschiedene Suchtformen genauerer Differenzierung bedürfen. Eine Berücksichtigung dieser Problematik würde jedoch bei der Undifferenziertheit der in den PLKs vorhandenen Daten den Rahmen dieser Studie sprengen. Ebenfalls aufgenommen wurden alle Formen von "Drogenmißbrauch ohne Abhängigkeit" (ICD-Schlüssel), da sie unter dem stationären Klientel eine verschwindend kleine Gruppe ausmachen und ebenso zur Abhängigkeit führen können.

3. Ergebnisse und Diskussion

Es erschien aus Gründen der Übersichtlichkeit sinnvoll, die entsprechende Diskussion den jeweiligen Ergebnissen direkt folgen zu lassen.

3.1. Regionale Diagnosenverteilung

Die kreisfreien Städte Aschaffenburg, Würzburg und Schweinfurt und die Kreisstädte Miltenberg, Lohr, Bad Neustadt, Bad Kissingen und Haßfurt wurden getrennt von ihren zugehörigen Landkreisen untersucht, da die kreisfreien - bzw. Kreisstädte als Verwaltungszentren von ihrer soziologischen Struktur eher Stadtcharakter besitzen als Städte ähnlicher Größe ohne nennenswerte Verwaltungsaufgaben; diesen wurde eher kleinstädtisch-ländlicher Charakter unterstellt.
Einen Überblick über die geographischen Verhältnisse gibt Abbildung 3.1.1.

Beim Vergleich zwischen den 9 Landkreisen und den 9 kreisfreien - bzw. Kreisstädten Unterfrankens (siehe Tabelle 3.1.2. und Tabelle 3.1.3.) wird deutlich, daß die Aufnahmeraten aus den ländlichen Gebieten wesentlich niedriger liegen als diejenigen aus den städtischen, wobei die Einwohnerzahlen der Städte positiv mit den Aufnahmeraten korrelieren. Die Aufnahmeraten beziehen sich auf alle Aufnahmen der drei untersuchten Kliniken im Untersuchungsjahr.
In der Gruppe der "sonstigen Psychosen" findet sich besonders aus Miltenberg im Vergleich zu den anderen Städten eine sehr hohe Aufnahmeinzidenz. Desweiteren ist auffällig, daß aus der Stadt Miltenberg in keiner der drei Kliniken Patienten aus der Diagnosegruppe "reaktive psychische Störungen und Neurosen" aufgenommen wurden. Bei diesem Ergebnis stellt sich die Frage, ob dies eventuell auf eine geringere gesellschaftliche Toleranz für psychische Störungen und Erkrankungen in diesem Gebiet zurückzuführen ist. Dieser These widerspricht jedoch das Faktum, daß der Landkreis Miltenberg im Vergleich zu den anderen Landkreisen unter dem Durchschnitt der Gesamtinzidenz liegt.

Abbildung 3.1.1.
Karte UNTERFRANKEN mit Landkreisen und Kreisstädten

Tabelle 3.1.2.

Verteilung der Aufnahmediagnosen der beiden PLK's Lohr und Werneck und der UNK Würzburg im Zeitraum 1.7.77-31.6.78 auf die 9 Landkreise Unterfrankens.Die entsprechenden Kreisstädte sind hier nicht mit einbezogen.

Landkreise ohne Kreisstädte	Einwohner am 31.12.78	Patienten insgesamt		org.-sympt. Psychosen		Schizophr.		sonstige Psychosen		reakt.psych. Störg.und Neurosen		Suchterkr.	
		abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.
Aschaffenburg	147165	253	172	38	26	26	18	88	60	23	16	78	53
Miltenberg	101076	135	134	15	15	16	16	40	40	19	19	45	45
Main-Spessart	102892	226	220	44	43	24	23	74	72	25	24	59	57
Würzburg	132807	311	234	51	38	20	15	117	88	43	32	80	60
Bad Kissingen	80261	131	163	34	42	8	10	43	54	20	25	26	32
Schweinfurt	101575	164	161	47	46	16	16	53	52	21	21	27	27
Kitzingen	59098	110	186	18	31	11	19	49	83	8	14	24	41
Rhön-Grabfeld	63396	110	174	18	28	12	19	42	66	7	11	31	49
Haßberge	67562	60	89	11	16	8	12	16	24	4	6	21	31
Landkreise zus.	855832	1500	175	276	32	141	17	522	61	170	20	391	46

Tabelle 3.1.3.

Verteilung der Aufnahmediagnosen der beiden PLK's Lohr und Werneck und der UNK Würzburg im Zeitraum 1.7.77-31.6.78 auf die 6 Kreisstädte und die 3 kreisfreien Städte WÜ,SW,AS.

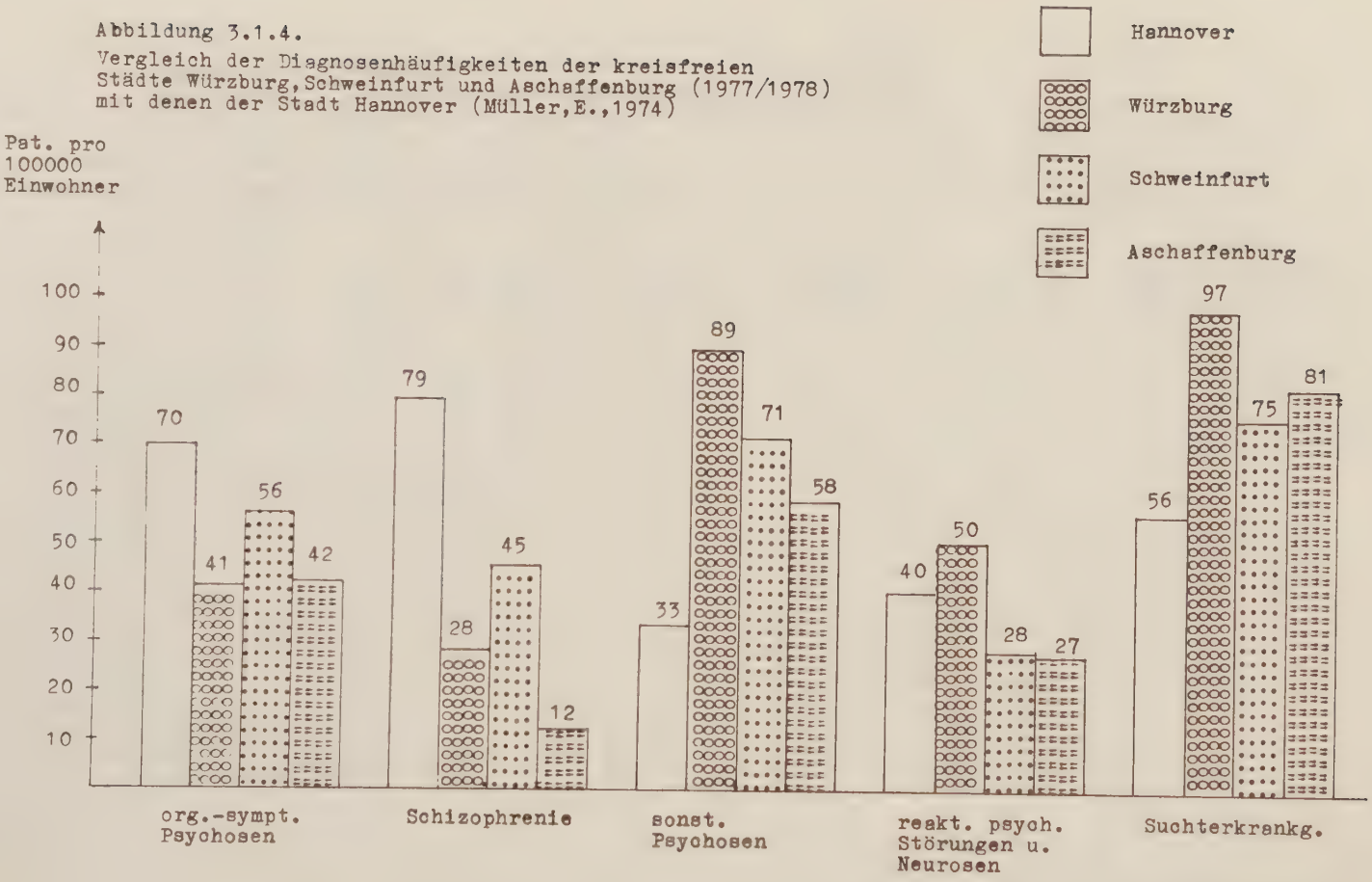
Städte	Einwohner am 31.12.78	Patienten insgesamt		org.-sympt. Psychosen		Schizophr.		sonstige Psychosen		reakt.psych. Störg. und Neurosen		Suchterkr.	
		abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.
Aschaffenburg	59021	130	220	25	42	7	12	34	58	16	27	48	81
Miltenberg	9275	31	334	7	75	5	54	12	129	-	-	7	75
Lohr	16621	58	349	15	90	6	36	17	102	4	24	16	96
Würzburg	127262	386	303	52	41	35	28	113	89	63	50	123	97
Bad Kissingen	22139	56	253	8	36	6	27	20	90	5	23	17	77
Schweinfurt	53452	147	275	30	56	24	45	38	71	15	28	40	75
Kitzingen	20240	51	252	10	49	5	25	13	64	7	35	16	79
Bad Neustadt	13953	22	158	3	22	-	-	9	65	1	7	9	65
Haßfurt	10608	17	160	4	38	1	9	3	28	3	28	6	57
Städte zus.	332571	898	270	154	46	89	27	259	78	114	34	282	85

In diesem Zusammenhang sei noch auf den Exorzistenprozeß von Klingenberg bei Miltenberg im Jahre 1978 hingewiesen, der nicht nur in Unterfranken eine rege Diskussion auslöste.
Die hohe Aufnahmerate gerade von "organisch-symptomatischen Psychosen" und "sonstigen Psychosen" aus der Stadt Lohr läßt sich zumindest teilweise damit erklären, daß einige langjährig Hospitalisierte, denen die Klinik zur "Heimat" geworden ist, in Lohr ihren Wohnsitz gemeldet haben. Diese Patientengruppe erscheint dann nach Beurlaubung möglicherweise erneut unter den "Aufnahmen" in der Statistik.

Wie aus Abbildung 3.1.4. zu ersehen ist,sind sich die Diagnosenverteilungen in den drei kreisfreien Städten Unterfrankens ähnlich, wobei die Stadt Würzburg mit Ausnahme der "organisch-symptomatischen Psychosen" und "Schizophrenien" die höchste Rate an stationären Aufnahmen zeigt. Die Aufnahmeraten für Hannover weichen von denen der unterfränkischen Städte deutlich ab. Die hohe Rate der "Schizophrenien" und die niedrige Rate der "sonstigen Psychosen" dürfte an unterschiedlichen diagnostischen Gewohnheiten liegen. In Würzburg wird die Diagnose Schizophrenie mit höchster Zurückhaltung und häufig erst nach Verlaufsbeobachtungen gestellt. Möglicherweise hat sich diese Einstellung in der Frage der Diagnosenstellung auf die PLKs Lohr und Werneck übertragen, da Ärzte der UNK Würzburg häufig einen Teil ihrer Facharztweiterbildungszeit in diesen PLKs absolvieren.
Der großstädtische Charakter Hannovers führt möglicherweise dazu, daß z.B. gerontopsychiatrische Patienten eher vereinsamen; durch eine eventuell schnellere Hospitalisierung könnte die relativ hohe Aufnahmerate für "organisch-symptomatische Psychosen" teilweise erklärt werden.
Die deutlich hohen Raten der "Suchterkrankungen" in den drei unterfränkischen Städten bestätigen die allgemein gemachte Feststellung, daß in Weinbaugebieten (Unterfranken ist ein solches) Alkoholismus und dessen Folgeschäden vermehrt auftreten. Die niedrige Rate Hannovers könnte mit der dortigen Sektorisierung zusammenhängen (Bauer, M., 1977).

Abbildung 3.1.4.

Vergleich der Diagnosenhäufigkeiten der kreisfreien Städte Würzburg, Schweinfurt und Aschaffenburg (1977/1978) mit denen der Stadt Hannover (Müller, E., 1974)



Die Abbildung 3.1.5. zeigt, wie die Aufnahmeinzidenz von der Bevölkerungsdichte innerhalb Unterfrankens abhängt. Wie "ländlicher" bzw. "städtischer Charakter" hier gemeint ist, wurde bereits oben näher erläutert. Für die Region Unterfranken läßt sich ein deutliches "Stadt-Land-Gefälle" erkennen, wie es auch in anderen Untersuchungen beschrieben wird.
Eine Studie von Dilling-Weyerer (1978) zeigt, daß die Inzidenzraten sowohl ambulant, als auch stationär Behandelter Patienten mit zunehmender Einwohnerdichte ansteigt. Eine Ausnahme bildeten Gemeinden mit 5 000 - 9 999 Einwohnern, deren Inzidenzrate im Vergleich zu kleineren Gemeinden niedriger war; in Gemeinden mit mehr als 10 000 Einwohnern wurde die oben beschriebene Tendenz jedoch wieder deutlich.
Untersuchungen von Hughes (1969) und Ødegård (1971) bestätigen ebenfalls, daß psychische Erkrankungen insgesamt in Städten häufiger als in ländlichen Gebieten auftreten.

Ein charakteristisches "Stadt-Land-Gefälle" läßt sich auch bei den einzelnen Diagnosegruppen erkennen (siehe Tabelle 3.1.6. und Abbildung 3.1.7.).
Eine Ausnahme bildet die Gruppe der "organisch-symptomatischen Psychosen". Die geringere Inzidenzrate in den größeren Städten könnte mit dem dort relativ großen Angebot von Pflegeheimen in Zusammenhang stehen, da ein Teil dieser Heimbewohner zwar einer psychiatrischen Behandlung bedürfte, jedoch nicht in die Statistiken psychiatrischer Kliniken eingeht.
Das geringste Gefälle weist die Diagnosegruppe der "Schizophrenien" auf, obgleich auch hier noch eine klare Tendenz erkennbar bleibt.
Die deutlichsten Unterschiede zwischen Städten und ländlichen Gebieten weisen die Inzidenzraten der "Suchterkrankungen" und der "reaktiven psychischen Störungen und Neurosen" auf.
Finzen, A.,(1975) und Rempp, B., (1973) bestätigen für Tübingen eine Überrepräsentation der Stadtbewohner in Universitätskliniken und PLKs; eine Ausnahme bildete hier die Gruppe der Alkoholkranken. Die Stadtbewohner wurden mehr als doppelt so häufig hospitalisiert wie die Landbevölkerung; je-

Abbildung 3.1.5.

Darstellung der Inzidenz hospitalisierter psychisch Kranker im Zeitraum 1.7.77-31.6.78 im Bezug zur Bevölkerungsdichte
(Angaben in Patienten pro 100000 Einwohner)

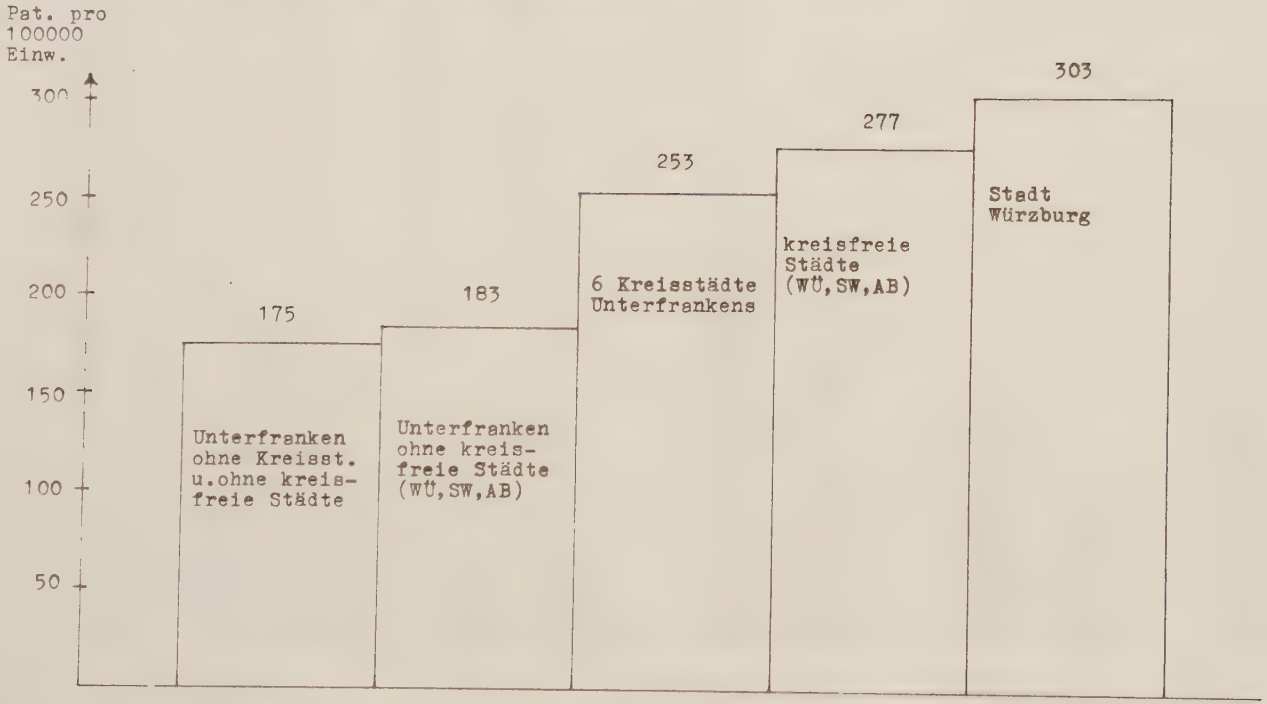


Tabelle 3.1.6.

Vergleich der regionalen Diagnosenverteilung
im Bezug auf die Bevölkerungsdichte

Herkunft der Patienten	Einwohner am 31.12.78	Patienten insgesamt		org.-sympt. Psychosen		Schizophr.		sonstige Psychosen		reakt.psych. Störg. und Neurosen		Suchterkr.	
		abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.	abs.	pro 100000 Einw.
Unterfranken ohne die 6 Kreisstädte u. d. 3 kreisfreien Städte (WÜ,SW,AS)	855832	1500	175	276	32	141	17	522	61	170	20	391	46
Unterfranken ohne die 3 kreisfr. St. (über 50000 Einw.)	948668	1735	183	323	34	164	17	596	63	190	20	462	49
6 Kreisstädte (unter 50000 Einw.)	92836	235	253	47	51	23	25	74	80	20	22	71	77
3 kreisfreie Städte WÜ,SW,AS (über 50000 Einw.)	239735	663	277	107	45	66	28	185	77	94	39	211	88
Stadt Würzburg	127262	386	303	52	41	35	28	113	89	63	50	123	97
Unterfranken ges.	1188403	2398	202	430	36	230	19	781	66	284	24	673	57

Abbildung 3.1.7.
Vergleich der regionalen Diagnosenhäufigkeit
im Bezug zur Bevölkerungsdichte
(Angaben in Patienten pro 100000 Einwohner)

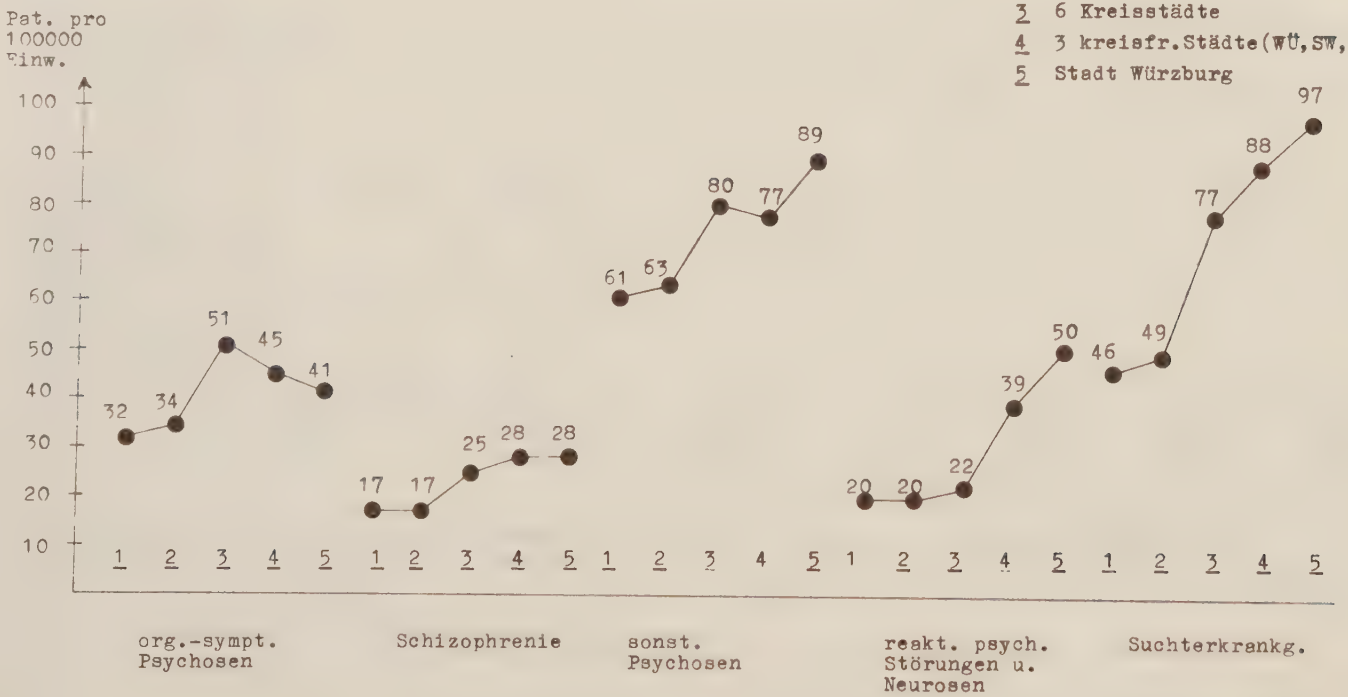
1 Unterfranken ohne kreisfreie Städte u. ohne Kreisstädte

2 Unterfranken ohne kreisfreie Städte(WÜ,SW,AB)

3 6 Kreisstädte

4 3 kreisfr.Städte(WÜ,SW,AB)

5 Stadt Würzburg



doch war ihre Hospitalisierungsdauer deutlich niedriger als die der Landbevölkerung. Dieses "Stadt-Land-Gefälle" wird auch von Cooper (1966) für die Gruppe der Neurosen, nicht jedoch für die der Psychosen bestätigt.
Häfner, H. (1978) fand in Mannheim, "daß Cyklothymien in ihrer ökologisch-zonalen Verteilung nicht so eindeutig angeordnet sind, wie Schizophrenien, Neurosen und Alkoholismus. Die dörflichen Siedlungen Mannheims mit starkem Gemeindeleben haben niedrigere Inzidenzzahlen." "Wie in den Ergebnissen von Farris und Dunham scheint die ökologische Verteilung der Cyklothymien von dieser Regel abzuweichen."
Diese Ergebnisse konnten mit der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden, nicht zuletzt, weil hier Cyklothymien nicht gesondert untersucht wurden und somit ein Vergleich schwierig ist.

Um regionale Häufungen bestimmter Diagnosen bzw. Diagnosengruppen besser zu veranschaulichen, sind in den Abbildungen 3.1.8.1. bis 3.1.8.5. alle Aufnahmen der drei Kliniken im Untersuchungsjahr in 5 geographischen Karten dargestellt. Sie sollen bei der Planung spezieller Versorgungseinrichtungen als Datengrundlage dienen.
Die Zahl der Aufnahmen aus den drei kreisfreien Städten Aschaffenburg, Würzburg und Schweinfurt und ihren zugehörigen Landkreisen wurden getrennt dargestellt, die der Kreisstädte wurden den jeweiligen Landkreisen zugerechnet.
Da der Gruppe der "organisch-symptomatischen Psychosen" (siehe Abbildung 3.1.8.1.) auch gerontopsychiatrische Erkrankungen, Oligophrenien und andere organisch bedingten Schwachsinnsformen zugerechnet wurden, soll hier auf die Notwendigkeit besonderer Pflege-, Wohn- und Rehabilitationseinrichtungen hingewiesen werden.
M. Bauer (1977) stellt in Frage, ob die optimale Versorgung gerade der gerontopsychiatrischen Patienten im psychiatrischen Krankenhaus gewährleistet ist: "In der Misplacement - Diskussion der letzten Jahre ist diese Frage bekanntlich überwiegend verneint worden (vgl. Bergener et al., 1974)."

Abbildung 3.1.8.1.

Regionale Verteilung der im Untersuchungsjahr 77/78 in den Kliniken Würzburg, Lohr und Werneck aufgenommenen Patienten mit d.

Diagnose: o r g . - s y m p t .

P s y c h o s e n

Abbildung 3.1.8.2.

Regionale Verteilung der im Untersuchungsjahr 77/78 in den Kliniken Würzburg, Lohr und Werneck aufgenommenen Patienten mit d.

Diagnose: S c h i z o p h r e n i e

Abbildung 3.1.8.3.
Regionale Verteilung der im Untersuchungsjahr 77/78 in den Kliniken Würzburg, Lohr und Werneck aufgenommenen Patienten mit d.

Diagnose: s o n s t i g e

P s y c h o s e n

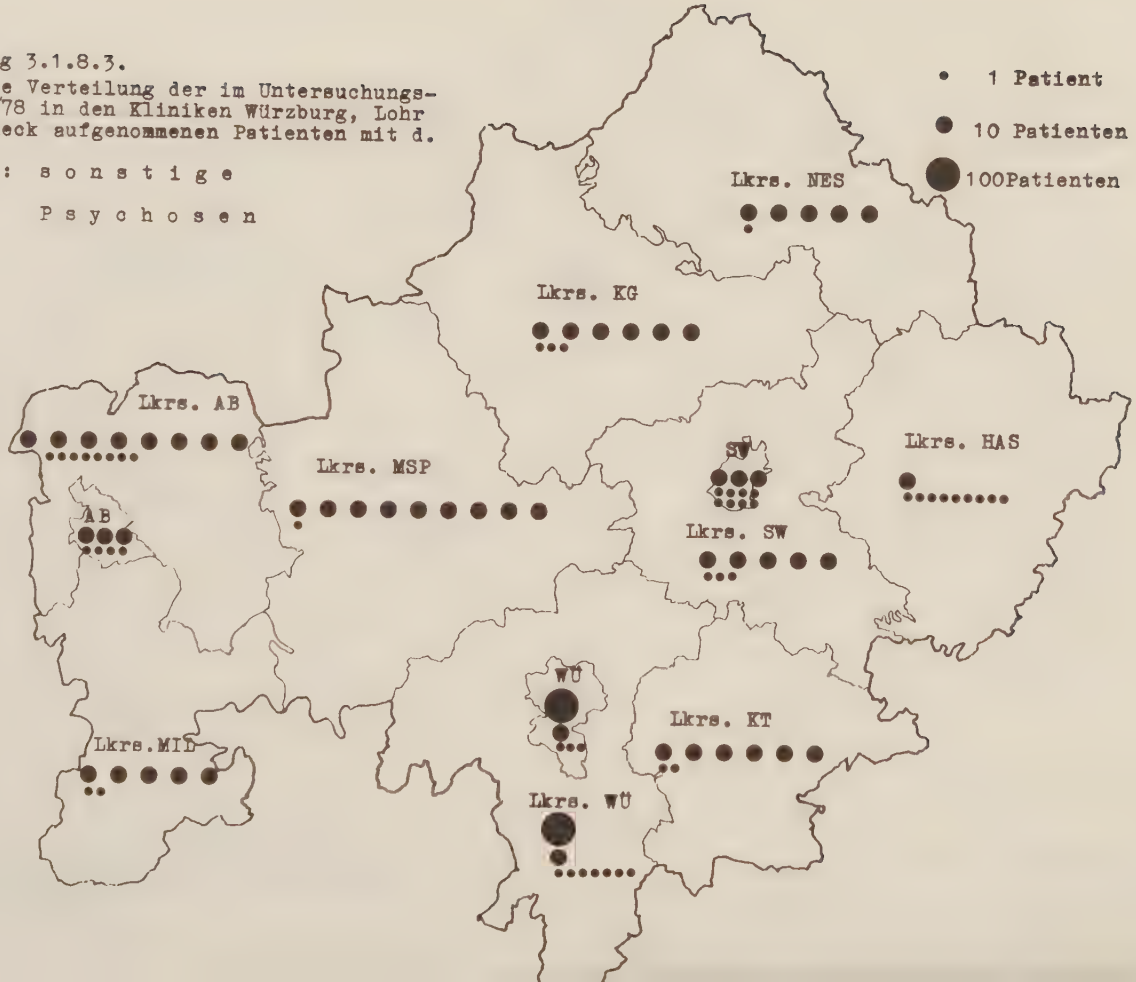


Abbildung 3.1.8.4.
Regionale Verteilung der im Untersuchungsjahr 77/78 in den Kliniken Würzburg, Lohr und Werneck aufgenommenen Patienten mit d.

Diagnose: r e a k t . p s y c h .
S t ö r u n g e n u .
N e u r o s e n

Abbildung 3.1.8.5.
Regionale Verteilung der im Untersuchungsjahr 77/78 in den Kliniken Würzburg, Lohr und Werneck aufgenommenen Patienten mit d.

Diagnose: S u c h t e r k r a n k g .

Im Vergleich mit anderen Studien (Dilling-Weyerer,1978 und Bauer, M., 1977) liegt die Anzahl der "Schizophrenien" (siehe Abbildung 3.1.8.2.) aus ganz Unterfranken relativ niedrig.
Speziell für diese Gruppe wären halbstationäre und extramurale Nachsorgeeinrichtungen notwendig; sie sind in Würzburg inzwischen geplant und zum Teil bereits in Betrieb genommen.
Für die Gruppe der "sonstigen Psychosen" (siehe Abbildung 3.1.8.3.) gelten ähnliche Überlegungen für die Nachsorge wie für die der "Schizophrenien".
Unter dem Aspekt der Versorgung wäre für die Gruppe der "reaktiven psychischen Störungen und Neurosen" (siehe Abbildung 3.1.8.4.) zu bedenken, daß durch die Möglichkeit einer kurzfristigen stationären Behandlung, z.B. als Krisenintervention, oft einer längeren Hospitalisierung vorgebeut werden kann (Schulte, W., Tölle, R., 1977).
Bei Patienten aus der Gruppe der "Suchterkrankungen" (siehe Abbildung 3.1.8.5.) ist in solchen Regionen, in denen nicht genügend Nachsorgeeinrichtungen bestehen, mit einer hohen Wiederaufnahmerate zu rechnen. Für die Versorgung der Stadt Würzburg fällt sicher ins Gewicht, daß die UNK zwar eine somatische Entzugsbehandlung, jedoch keine längerfristige stationäre Entwöhnungsbehandlung durchführt.

3.2. Vergleich der Diagnosenverteilung der drei untersuchten Kliniken

Aus der Tabelle 3.2.1. lassen sich wider Erwarten für die UNK Würzburg und das PLK Lohr bei den "organisch-symptomatischen Psychosen" fast gleiche Häufigkeiten feststellen, während die Aufnahmerate des PLK Werneck erwartungsgemäß höher liegt als die der UNK. Da die UNK wegen ihrer besonderen universitären Aufgaben praktisch keine Langzeitpatienten der o.g. Diagnosengruppe aufnimmt, obliegen diese Patienten der Betreuung durch die PLKs. Der somit relativ niedrige Anteil der Patienten im PLK Lohr ist möglicherweise dadurch bedingt, daß ein Teil dieser Patienten vom St.-Josefs-Stift Eisingen weiterbetreut wird; dort sind ca. 110 von insgesamt 310 Betten

Tabelle 3.2.1.

Vergleich der Diagnosenverteilung der untersuchten Kliniken im Zeitraum 1.7.77-31.6.78

Diagnosen	UNK Würzburg		PLK Lohr		PLK Werneck		beide PLK's zusammen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
org.-sympt. Psychosen	174	14,2	134	15,7	162	24,1	296	19,4
Schizophrenie	79	6,4	90	10,5	83	12,4	173	11,3
sonstige Psychosen	519	42,3	195	22,8	214	31,8	409	26,8
reakt.psych. Störungen u. Neurosen	229	18,7	68	8,0	63	9,4	131	8,6
Suchterkr.	226	18,4	368	43,0	150	22,3	518	33,9
Patienten insgesamt	1227	100,0	855	100,0	672	100,0	1527	100,0

ausschließlich für Pflegefälle vorhanden. Für die relativ hohe Rate in den PLKs dürfte noch die Pflegebedürftigkeit eines großen Teils dieser Patienten von Bedeutung sein,für den noch nicht genügend Heimplätze und spezielle Pflegeeinrichtungen existieren. Für die UNK Würzburg könnte sich ein Teil der Aufnahmen aus jenen Patienten zusammensetzen, die Epileptiker sind und zur Einstellung einer medikamentösen Therapie stationär aufgenommen wurden. Diese Patienten verbleiben nur relativ kurze Zeit in der Klinik, mögen jedoch die Zahl der Aufnahmen erhöhen.

Bei den "Schizophrenien" bestätigt sich die allgemein bekannte Tatsache, daß Patienten dieser Diagnosegruppe in den PLKs weitaus häufiger zu finden sind als in Universitätskliniken. Dies mag mit dem Status der sozial schwächer gestellten Patienten zusammenhängen, bei denen die Diagnose Schizophrenie eher gestellt wird und die deshalb häufiger in ein PLK eingewiesen werden.

Auf die zurückhaltende Diagnosestellung der "Schizophrenien" an der UNK Würzburg wurde bereits hingewiesen; trotz gegenseitiger Beeinflussung von Universität und PLK haben sich die Kriterien zur Diagnosestellung in den PLKs vermutlich noch nicht vollständig denen der UNK angeglichen.

Die Gruppe der "sonstigen Psychosen" stellt in der UNK Würzburg den absolut größten Anteil aller Aufnahmen. Diese Patienten bedürfen oft einer kurzfristigen intensiven Behandlung, die an der UNK mit ihrer besseren Ausstattung sicher effektiver durchgeführt werden kann als in den PLKs. Außerdem läßt sich vermuten, daß u.a. auf Grund der Lehrmeinung der Klinik überhäufig im Vergleich zu anderen Kliniken (siehe unten) eine affektive Psychose diagnostiziert wird.

Die Gruppe der"reaktiven psychischen Störungen und Neurosen" ist an der UNK etwa doppelt so häufig zu finden wie in den PLKs. Hier dürften die bessere personelle Ausstattung, psychotherapeutisch ausgerichtete Kriseninterventionen und ähnliche Behandlungsmaßnahmen für dieses Ergebnis verantwortlich sein. Der großstädtische Charakter im unmittelbaren Einzugsgebiet der UNK könnte als weitere Ursache für das häufigere Vorkommen dieser Diagnosengruppe angesehen werden.

Außerdem gehören dieser Gruppe jene Patienten zu, die aus dem weitreichenden Einzugsgebiet der UNK (siehe Tabelle A. 1. im Anhang) zur diagnostischen Abklärung eingewiesen werden.
Bei den "Suchterkrankungen" sind vor allem die Ergebnisse für das PLK LOhr auffällig. Diese Klinik nimmt bezüglich der Suchtbehandlung eine Sonderstellung ein, da sie spezielle Abteilungen für Suchtkranke besitzt; etwa 90 % dieser Patienten sind Alkoholkranke, die in den meisten Fällen zur mehrmonatigen Entzugsbehandlung aufgenommen wurden. An der UNK Würzburg hingegen werden vorwiegend Akutbehandlungen durchgeführt (s. o.).

Vergleicht man die Gesamtaufnahmezahlen im Untersuchungsjahr mit der Anzahl der zur Verfügung stehenden Betten so ergibt sich für die UNK Würzburg ein Quotient von 8,5, für das PLK Lohr 0,8 und für das PLK Werneck 0,9 Aufnahmen pro Klinikbett im Untersuchungsjahr. Daraus läßt sich die etwa zehnfach größere Patientenfluktuation der UNK ersehen. Die damit verbundene Arbeitsbelastung zusätzlich zu den der UNK eigenen Aufgaben (Forschung und Lehre) macht es sehr schwierig, diese Klinik in das Konzept der gemeindenahen Versorgung mit einzubeziehen.

Ein Vergleich zwischen den unterfränkischen PLKs mit dem Bezirkskrankenhaus Gabersee und der UNK Würzburg mit der Medizinischen Hochschule (MH) Hannover erlauben die Untersuchungen von Dillig-Weyerer und M. Bauer, wie aus Tabelle 3.2.2. hervorgeht. Sowohl in der MH Hannover als auch im KH Gabersee finden sich für die "Schizophrenien" größere Häufigkeiten als in den unterfränkischen Kliniken, die eine Folge der dort großzügigeren Diagnostik sein könnten.
Für die "sonstigen Psychosen" zeigt der Vergleich der beiden Universitätskliniken extreme Unterschiede. Die sehr hohe Quote für die UNK Würzburg wurde bereits oben erläutert.
Für die relativ hohe Aufnahmerate aus der Gruppe der "Suchterkrankungen" in der MH Hannover könnte die Aufnahmeverpflichtung verantwortlich sein, die dieser Klinik mit Einführung der Sektorisierung im Jahre 1972 zugeteilt wurde.

Tabelle 3.2.2.

Vergleich der Diagnosenverteilung stationär aufgenommener Patienten von 4 Psychiatrischen Kliniken in verschiedenen Untersuchungsjahren (Angaben in Prozent)

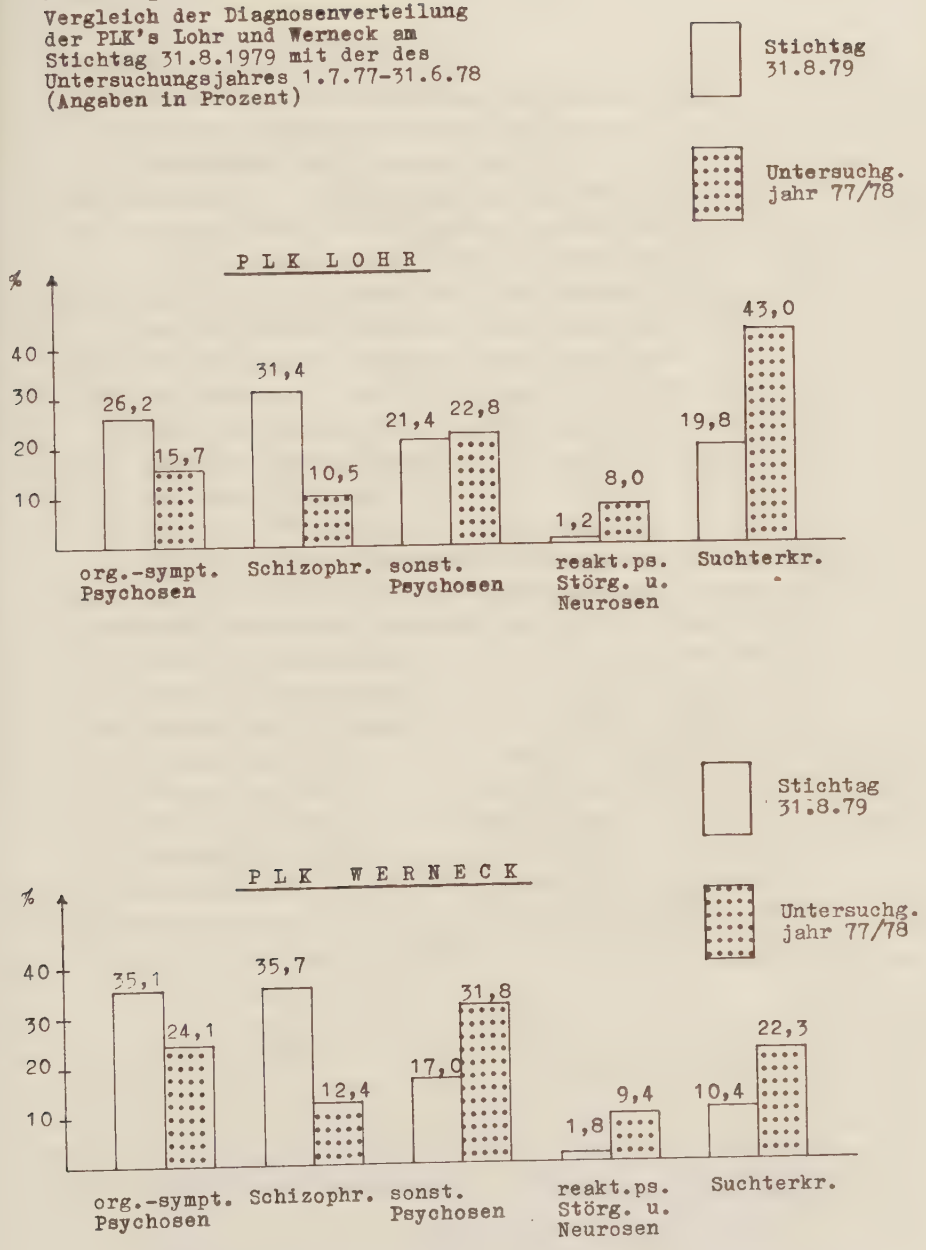
Autor	Dilling-Weyerer	(eigene Unters.)	Bauer, M.	(eigene Unters.)
Untersuchungs-jahr	1971	1977/78	1973/74	1977/78
Klinik	Bezirkskranken-haus Gabersee	PLK's Lohr u. Werneck	Med. Hochsch. Hannover	Univ. Nervenkl. Würzburg
Org.-sympt. Psychosen	20,0	19,4	14,6	14,2
Schizophrenie	20,0	11,3	18,2	6,4
Sonst. Psychosen	22,0	26,8	10,2	42,3
Reakt. psych. Störungen u. Neurosen	14,0	8,6	26,0	18,7
Suchterkrankg.	19,0	33,9	31,0	18,4
nicht klassifiz. Diagnosen	5,0	—	—	—

3.3. Vergleich einer Stichtagserhebung mit der Längsschnittstudie an den PLKs Lohr und Werneck im Untersuchungsjahr

Aus Abbildung 3.3. und Tabelle A.2. wird zunächst deutlich, daß sich für beide PLKs ähnliche bis identische Beziehungen zwischen Längs- und Querschnittstudie ergeben.

Für die Gruppe der "organisch symptomatischen Psychosen" und in noch größerem Maße für die der "Schizophrenien" finden sich am Stichtag deutlich höhere Werte; daraus läßt sich die Tendenz erkennen, daß Patienten gerade dieser beiden Diagnosegruppen besonders langzeitig hospitalisiert werden. Auch Dilling-Weyerer (1978) fanden in ihrer Studie über das Bezirkskrankenhaus Gabersee, daß am Stichtag 50 % der hospitalisierten Patienten der Diagnosegruppe Schizophrenie zugehörten, während es im Längsschnitt nur 20 % waren. Auch Bauer (1977) fand in seiner Studien in allen Nervenkliniken Hannovers, einschließlich der MHH,im Stichtagzensus 44,1 % "Schizophrenien"; bei den "organisch-symptomatischen Psychosen" waren es immerhin 31 %.
Dilling-Weyerer, die "organisch-symptomatischen Psychosen" in (prä-)senile Demenzen, Oligophrenien und andere organische psychische Störungen unterteilen, fiel ebenfalls der höhere Anteil der dementen und oligophrenen Patienten am Stichtag gegenüber den anderen "organisch-symptomatischen Psychosen" auf. Auch in der eigenen Studie dürften die (prä-)senilen Demenzen und Oligophrenien für die starke Repräsentation der o.g. Diagnosengruppe größtenteils verantwortlich sein. Für die o.g. Patientengruppe der eigenen Studie wäre sicher in vielen Fällen eine Rehabilitation sinnvoll und notwendig; diese ist jedoch z.Zt. mangels geeigneter Einrichtungen nicht möglich. Könnte dieser Bedarf gedeckt werden, so wäre hier eine Möglichkeit für die Realisierung der in den Reformplänen geforderten Bettenreduktion der PLKs gegeben. Ein anderer Teil der langzeitig Hospitalisierten wäre möglicherweise in Pflege- und Betreuungsheimen bzw. in dauerbetreuten Wohngemeinschaften ebensogut untergebracht, sodaß hier durch eine weitere Bettenreduktion möglich würde.

Abbildung 3.3.
Vergleich der Diagnosenverteilung der PLK's Lohr und Werneck am Stichtag 31.8.1979 mit der des Untersuchungsjahres 1.7.77-31.6.78 (Angaben in Prozent)



Bei den "sonstigen Psychosen" bestätigen die Ergebnisse Dilling-Weyerer's für das Bezirkskrankenhaus Gabersee in etwa die der unterfränkischen PLKs. Eine andere Studie Dillings zeigt noch größere Unterschiede zwischen Stichtagsbestand und Längsschnittstudie. Bei M. Bauer erscheinen die "sonstigen Psychosen" im Stichtagsbestand mit 7,6 % . Der fast gleichgroße Anteil für Stichtagsbestand und Aufnahmeinzidenz im Untersuchungsjahr dieser Diagnosegruppe im PLK Lohr könnte damit erklärt werden, daß die UNK Würzburg die mehr akuten, kurzfristig stationär behandlungsbedürftigen Patienten versorgt, während im PLK Lohr,zu dessen Pflichtaufnahmegebiet Würzburg gehört, die Patienten behandelt werden, die einer längeren Hospitalisierung bedürfen. Auch bei den Diagnosegruppen der "Suchterkrankungen" und der "reaktiven psychischen Störungen und Neurosen" werden die eigenen Ergebnisse von denen Dilling-Weyerer's bestätigt. Der geringere Anteil der "reaktiven psychischen Störungen und Neurosen" bei hospitalisierten Patienten ist damit zu erklären, daß ein großer Teil dieser Gruppe von Nervenärzten versorgt wird. Die hohe Aufnahmerate der Suchtkranken im Untersuchungsjahr im Vergleich zum Stichtagsbestand ist der hohen Rezidivquote dieser Patientengruppe zuzurechnen. In einer Untersuchung Dilling-Weyerer's liegt diese Quote der Suchtkranken fast ebenso hoch wie die der "Schizophrenien" und "sonstigen Psychosen." Die hohe Wiederaufnahmerate von Alkoholikern wird von M. Bauer (1977) in zwei Untersuchungsjahren an der MH Hannover ebenfalls bestätigt.

3.4. Vergleich der UNK Würzburg und der PLKs mit Nervenarztpraxen

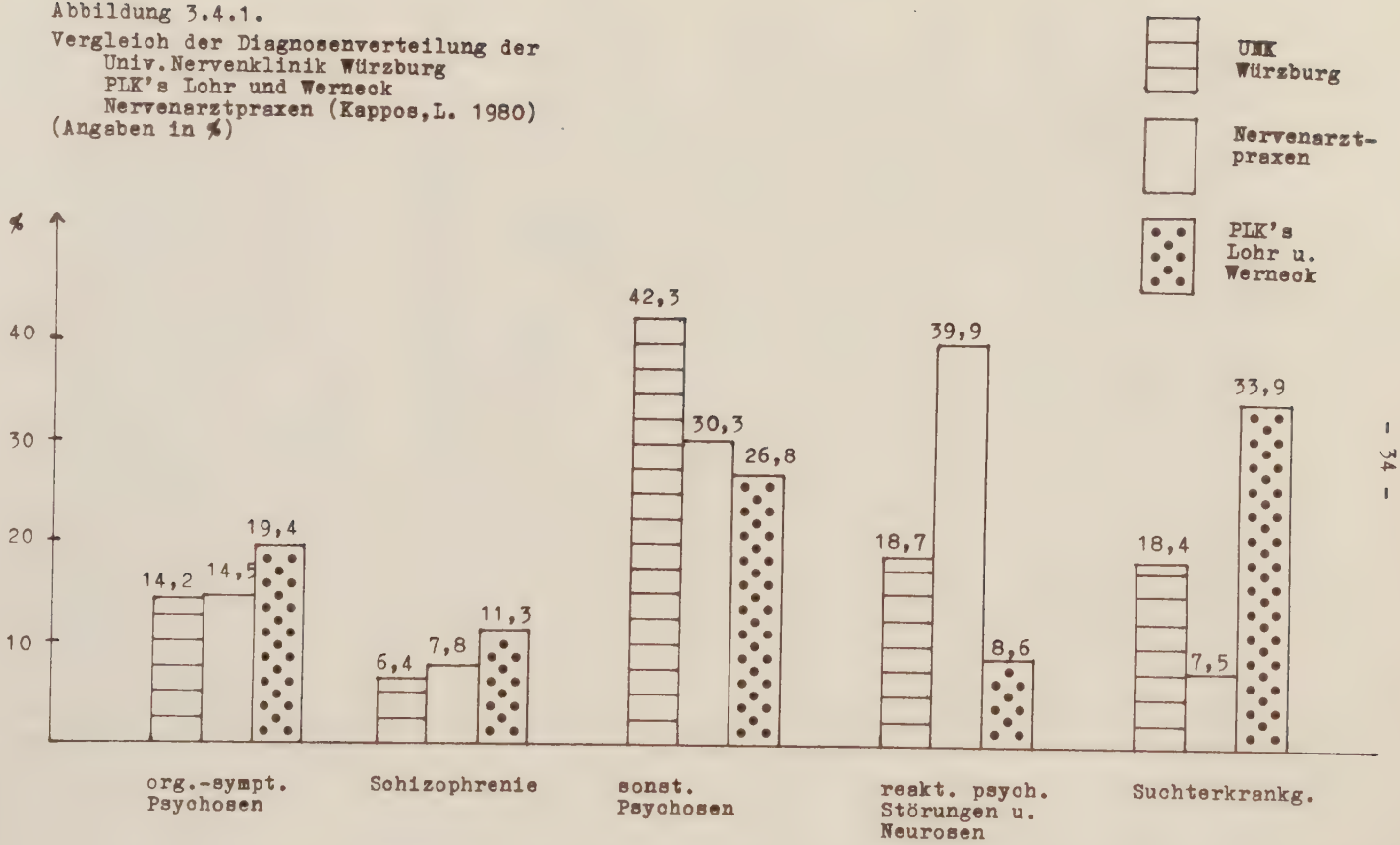
Der Vergleich der Diagnosenverteilung zwischen den beiden PLKs Lohr und Werneck und der UNK Würzburg wurde bereits unter 3.2. vorgenommen.
Vor der Interpretation des Vergleichs sei noch auf einige Besonderheiten aus den Daten der Nervenarztpraxen hingewiesen.

Während das Material der vorliegenden Studie sich auf stationäre Aufnahmen in drei Kliniken Unterfrankens bezieht, zeigt die Untersuchung von Kappos (1980) die Behandlungsinzidenz von 34 niedergelassenen Nervenärzten aus der gesamten Region Franken auf. Außerdem bezieht sich Kappos bei der Diagnosenverteilung bis auf eine Ausnahme auf Schätzwerte der einzelnen Nervenärzte. Die von Kappos benutzte Diagnoseneinteilung ließ sich in die hier benutzte integrieren.

In Abbildung 3.4.1. fällt der hohe Anteil der "reaktiven psychischen Störungen und Neurosen" bei den niedergelassenen Nervenärzten auf. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam Cooper (1966) bei seinem Vergleich zwischen psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinpraxen in Großbritannien. Diese Ergebnisse sind durchaus mit denen dieser Studie vergleichbar, da in Großbritannien Fachärzte nicht in freier Praxis arbeiten und somit alle ambulant behandelten Patienten von Allgemeinärzten versorgt werden.
Nach Dilling-Weyerer (1978) wurden in ihrem Untersuchungsgebiet in Oberbayern nur 5,1 % der bei niedergelassenen Nervenärzten in Behandlung stehenden Patienten im Untersuchungszeitraum auch stationär aufgenommen. Andererseits wurden nur 25,5 % aller stationär aufgenommenen Patienten vorher von niedergelassenen Nervenärzten behandelt.
Die geringe Anzahl der in den Praxen behandelten Suchtkranken beruht auf der Tatsache, daß Suchtberatungsstellen eine bedeutendere Rolle für diese Patientengruppe spielen als niedergelassene Nervenärzte.
Der relativ geringe Unterschied der Anzahl ambulant behandelter Schizophrener und derer, die in PLKs aufgenommen wurden, läßt sich folgendermaßen interpretieren: Die Entfernungen zu den PLKs sind so groß, daß die Patienten und ihre Familien die ambulante Behandlung durch niedergelassene Nervenärzte in nächster Nähe vorziehen, sofern der Zustand des Patienten dies erlaubt. Bei entsprechender ambulanter Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte werden Klinikeinweisungen für Schizophrene seltener notwendig, was für eine rehabilitative Wirkung der Belassung im häuslichen Milieu gerade dieser

Abbildung 3.4.1.

Vergleich der Diagnosenverteilung der
Univ.Nervenklinik Würzburg
PLK's Lohr und Werneck
Nervenarztpraxen (Kappos,L. 1980)
(Angaben in %)



Patientengruppe späche. Die geringe Aufnahmerate von "Schizophrenien" in der UNK Würzburg wurde bereits diskutiert.
Die Aufnahmerate der "sonstigen Psychosen" liegt für die UNK relativ hoch (s.o.).
Die fast gleich hohen Anteile von "organisch-symptomatischen Psychosen" in Praxen und in der UNK bestätigt die Annahme, daß die Pflegebedürftigen dieser Patientengruppe in den PLKs versorgt werden, wo ihre Aufnahmeraten entsprechend höher liegen.

Beim Vergleich der Diagnosenverteilung in Praxen und psychiatrischen Fachkrankenhäusern aus drei Untersuchungsgebieten mit den Ergebnissen von Kappos, L., 1980 und der vorliegenden Untersuchung (siehe Tabelle 3.4.2.) bestätigt sich wieder die auffällig hohe Hospitalisierungsrate in den PLKs von "organisch-symptomatischen Psychosen". Sie liegt in Hamburg und Baden-Württemberg vergleichsweise höher als in Franken und Oberbayern. Die größere Anzahl noch intakter Großfamilien in ländlichen Regionen, wie sie Franken und Oberbayern teilweise darstellen, verhindert möglicherweise die Hospitalisierung dieser Patientengruppe.
Ebenfalls auffällig ist die geringe Aufnahmerate von "Schizophrenien" in Unterfranken, obwohl hier die UNK Würzburg vom Vergleich ausgenommen wurde.
Die Patienten der Diagnosengruppe "sonstige Psychosen" werden außer in Oberbayern bevorzugt von niedergelassenen Nervenärzten betreut. Noch höher liegt bei allen Studien der Anteil der "reaktiven psychischen Störungen und Neurosen", die vorwiegend von den niedergelassenen Nervenärzten behandelt werden.
Auch die höhere Aufnahmequote der "Suchterkrankungen" an den Nervenkliniken bestätigt sich in den vier Studien. Die Bedeutung der Weinbaugebiete kommt auch hier durch die hohen Aufnahmeraten in Unterfranken deutlich zum Ausdruck.

Tabelle 3.4.2.

Vergleich der Diagnosenverteilung in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Fachkrankenhäusern aus 3 Untersuchungsgebieten mit den Ergebnissen von Kappos,L.,1980 und der eigenen Untersuchung
(Angaben in Prozent)

Autor	Degwitz u. Schulte 1973				Dilling u. Weyerer 1978		Kappos 1980	eigene U.
Region	Hamburg		Bad. Württ.		Oberbayern		Franken	Unterfranken
	Praxis	psychiatr. Krankenh.	Praxis	psychiatr. Krankenh.	Praxis	psychiatr. Krankenh.	Praxis	PLK's Lohr u. Werneck
org.-sympt. Psychosen	3,9	18,5	5,0	24,0	8,0	11,9	14,5	19,4
Schizophrenie	9,0	18,5	10,0	26,0	8,4	18,4	7,8	11,3
sonst. Psychosen	35,0	16,5	22,0	9,5	22,1	23,6	30,3	26,8
reakt. psych. Störungen und Neurosen	28,6	13,0	34,5	12,5	48,0	17,2	39,9	8,6
Suchterkrankg.	4,5	19,5	2,5	21,0	3,2	15,5	7,5	33,9
sonst. hier nicht klassifiz. Diagnosen	19,0	14,0	26,0	7,0	10,3	13,3	—	—

4. Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurde die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen in Unterfranken, die zu stationären Aufnahmen in den drei psychiatrischen Kliniken führten, untersucht. Dabei galt das besondere Interesse den Diagnosen und der regionalen Diagnosenverteilung.

Als Grundlage der Untersuchung dienten die Aufnahmestatistiken der Universitätsnervenklinik Würzburg und der psychiatrischen Landeskrankenhäuser Lohr und Werneck. Als Untersuchungszeitraum wurde für eine Längsschnittstudie der 1. 7. 1977 bis 30. 6. 1978 gewählt; für eine Stichtagserhebung der 31. 8. 1979.

Die Einbeziehung der Diagnosen in die Untersuchung bereitete insofern erhebliche Schwierigkeiten, als die Dokumentation der Patientendaten in der Universiätsnervenklinik durch Verwendung der ICD-Klassifikation wesentlich differenzierter gehandhabt wird als in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern. Zudem wurde deutlich, daß gerade im Bereich der Psychiatrie die Problematik einer allgemein gültigen Diagnosenfindung besonders ausgeprägt ist. Durch eine Zusammenfassung aller psychiatrischen Diagnosen in 5 Gruppen wurde versucht, einen für diese Studie brauchbaren Kompromiß zu finden.

Für die insgesamt 2 398 Patienten Unterfrankens, die im Untersuchungsjahr in den drei Kliniken eine stationäre Aufnahme beanspruchten, wurden regionale Unterschiede bezüglich der Diagnosenverteilung untersucht. Dabei bestätigten sich für Unterfranken die Ergebnisse anderer Untersuchungen, daß die Inzidenz hospitalisierter psychisch Kranker mit zunehmender Größe der Gemeinden und Städte und damit steigender Bevölkerungsdichte zunimmt. Dies gilt in besonderem Maße für die "Suchterkrankungen" und die "reaktiven psychischen Störungen und Neurosen". Für die "Schizophrenien" sind die Unterschiede am schwächsten ausgeprägt. Beim Vergleich mit anderen Untersuchungen wurden die unterschiedlichen Gewohnheiten in der Diagnosenstellung verschiedener Kliniken auffällig.

Beim Vergleich der Diagnosenverteilungen der drei untersuchten Kliniken kam die Verschiedenheit der Aufgaben von Universitätsnervenklinik und psychiatrischem Landeskrankenhaus zum Ausdruck. Bemerkenswert erscheint das Ergebnis, daß in der UNK Würzburg pro Klinikbett im Untersuchungsjahr etwa zehnmal soviel Patienten aufgenommen wurden wie in den PLKs. Im übrigen ließen sich andere Studien in der Aussage bestätigen, daß Langzeitpatienten vorwiegend in den PLKs betreut werden, während in der UNK mehr Akutpatienten behandelt werden. Bezüglich der Diagnosenstellung an der UNK Würzburg war auch im Vergleich zur Medizinischen Hochschule Hannover auffallend, daß "Schizophrenien" im Gegensatz zu "sonstigen Psychosen" relativ wenig diagnostiziert werden.

Eine Stichtagserhebung am PLK Lohr und Werneck von insgesamt 1 705 stationären Patienten am 31. 8. 1979 ermöglichte Rückschlüsse auf die Chronizität bestimmter Diagnosegruppen. Dabei bestätigten sich die Erfahrungen, daß "organisch-symptomatische Psychosen" und "Schizophrenien" einer besonders langzeitigen Behandlung bedürfen; außerdem fiel auf, daß sich für beide PLKs fast identische Beziehungen von Stichtagserhebung und Längsschnittstudie zeigten.

Der Vergleich der Diagnosenverteilung von Klinik und Nervenarztpraxen bestätigte, daß Patienten, die der Diagnosegruppe "reaktive psychische Störungen und Neurosen" zuzurechnen sind, vorwiegend von niedergelassenen Nervenärzten therapiert werden.

Aus den vorliegenden Ergebnissen ist ersichtlich, daß besonders in Gebieten mit hoher Bevölkerungsdichte noch Einrichtungen zu schaffen wären um einer ausreichenden psychiatrischen Versorgung gerecht zu werden. Für die Schaffung solcher Verbesserungen für die Betreuung psychisch Kranker mögen die Ergebnisse der vorliegenden Studie einen Beitrag leisten.

Tabelle A.1.

Herkunft der Patienten der UNK Würzburg
im Untersuchungsjahr 1.7.77-31.6.78
unter Berücksichtigung der Diagnosen

Herkunft der Patienten	Patienten insgesamt		org.-sympt. Psychosen		Schizophr.		sonstige Psychosen		reakt.psych. Störg. und Neurosen		Suchterkr.	
	abs.	% aller Aufn.	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Stadt Würzburg	239	19,5	29	12,1	19	8,0	78	32,6	45	18,8	68	28,5
Stadt und Landkreis Würzburg	443	36,1	64	14,5	28	6,3	164	37,0	80	18,1	107	24,2
Regierungsbezirk Unterfranken ges.	900	73,4	134	14,9	62	6,9	375	41,7	158	17,6	171	19,0
Land Bayern ohne Unterfranken	88	7,2	12	13,6	5	5,7	42	47,7	17	19,3	12	13,6
Land Hessen	94	7,7	11	11,7	2	2,1	47	50,0	23	24,5	11	11,7
Land Bad.-Württ.	126	10,3	14	11,1	10	7,9	48	38,1	29	23,0	25	19,8
BRD ohne Bayern, Hessen u. Bad.Württ	15	1,2	3	20,0	-	-	6	40,0	2	13,3	4	26,6
Ausland	4	0,3	-	-	-	-	1	25,0	-	-	3	75,0
Einzugsgebiet ges.	1227	100,0	174	14,2	79	6,4	519	42,3	229	18,7	226	18,4

Tabelle A.2.

Diagnosenverteilung des Stichtagbestands (31.8.1979) der PLK's Lohr und Werneck

Diagnosen	Lohr abs.	%	Werneck abs.	%	Lohr u. Werneck abs.	%
Organ.-sympt. Psychosen	268	26,2	239	35,1	507	29,7
Schizophrenie	322	31,4	243	35,7	565	33.1
sonstige Psychosen	219	21,4	116	17,0	335	19,7
reaktive psych. Störg. u. Neurosen	12	1,2	12	1,8	24	1,4
Suchterkrankungen	203	19,8	71	10,4	274	16,1
Patienten insges.	1024	100,0	681	100,0	1705	100,0

Literaturverzeichnis

Battegay, R., Benedetti, G., Rauchfleisch, U.: Grundlagen und Methoden der Sozialpsychiatrie. 1. Aufl., Göttingen, Zürich: Med. Psychologie i.Vlg. Vandenhoeck und Ruprecht, 1977

Bauer, M.: Sektorisierte Psychiatrie. Forum der Psychiatrie. Enke, Stuttgart 1977

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung: 1. Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter. 1979

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E., Erbaugh, J.K.: Reliability of psychiatric diagnoses: 2. Study of consistency of clinical judgements and ratings. Am. J. Psychiatr. 119. 351-357. 1962

Bergener, M., Behrends, K., Zimmermann, R.: Psychogeriatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojektes. Psychiatr. Praxis 1, 18, 1974 (zitiert nach Bauer,M., 1977)

Conrad, K.: Das Problem der "Nosologischen Einheit" in der Psychiatrie. Nervenarzt 30. 488-494, 1959

Cooper, B.: Psychiatric Disorder in Hospital and General Practice. Social Psychiatry. 1. 7-10, 1966

Cooper, B., Morgan, H.G.: Epidemiologische Psychiatrie. Fortschritte der Sozialpsychiatrie. 3. Urban und Schwarzenbeck, München, 1977

Degwitz, R., Römer, K., Rudolph, W., Schulte, P.W.: Die Verteilung psychiatrischer und neurologischer Krankheitsformen in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Großkrankenhäusern. Spektrum der Psychiatrie und angrenzender Gebiete. 2. 114-115, Köln 1973

Degwitz, R., Schulte, P.W.: Zur Tätigkeit der Nervenärzte und der Versorgung psychiatrisch Kranker und Behinderter in der BRD. Spektrum der Psychiatrie und angrenzender Gebiete. 2. 182-188, Köln 1973

Degwitz, R., Helmchen, G., Kockott, W.: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO/ICD, 9. Revision, Springer Heidelberg, 1980

Dilling, H., Weyerer, S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrischer Versorgung. Urban und Schwarzenbeck, München 1978

Finzen, A.: Zugänglichkeit für alle: die Bedeutung der geographischen Lage psychiatrischer Krankenhäuser für Aufnahmeraten und Verweildauer. Bemerkungen und Ergänzungen zu einer Arbeit von H.Dilling. Nervenarzt, 46.591-599, 1975

Häfner, H., Reimann, H., Immich, H., Martini, H.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965. Social Psychiatry, 4. 126-135, 1969

Häfner, H.: Psychiatrische Epidemiologie. Geschichte, Einführung und ausgewählte Forschungsergebnisse. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1978

Hempfling, F.: Aspekte der psychosozialen Versorgungsstruktur aus der Sicht niedergelassener Nervenärzte unter besonderer Berücksichtigung teilstationärer und komplementärer Einrichtungen. Med. Diss. Würzburg 1980

Hughes, D.: Psychiatric Case Prevalence. A Comparison between four Areas and two Periods. Sozialpsychiatrie, 4. 144-151, 1969

Kappos, L.: Die ambulante psychiatrische Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte im weiteren Einzugsgebiet der Universitätsnervenklinik Würzburg. Med. Diss. Würzburg 1980

Milech, T.: Die Grundkonzeption tagesklinischer Behandlung. Unveröffentl. Manuskript Würzburg 1981

Müller, E.: Untersuchungen zur sozialen und ökologischen Verteilung hospitalisierter psychisch Kranker im Stadtgebiet Hannovers. Med. Diss.Hannover 1974

Ødegård, Ø.: Hospitalized Psychoses in Norway: Time Trence 1926-1965. Sozialpsychiatrie. 6. 53-58, 1971

Rempp, B.: Zur stationären psychiatrischen Versorgung des Kreises Tübingen. Med. Diss. Tübingen 1973

Rose, K.H., Bauer, M.: Regionalisierte Psychiatrie als Möglichkeit der Schranke zwischen Universitäts- und Landeskrankenhaus-Psychiatrie. Psychiatr. Praxis. 2. 233-243, Thieme, Stuttgart 1975

Schneider, K., Klinische Psychopathologie. III. Aufl. Thieme, Stuttgart 1950

Schulte, W., Tölle, R.: Psychiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1977

L E B E N S L A U F

Geboren:	16. 8. 1951 in Schwäbisch Hall
Eltern:	Martha K., Hausfrau
	Gerhard K., Angestellter
Geschwister:	Martin K., Lehrer
Schulausbildung:	1958-1960 Volksschule Neuenstein
	1960-1962 Volksschule Dettingen-Teck
	1962-1964 Gymnasium Kirchheim-Teck
	1964-1970 Gymnasium Öhringen
	Juni 1970 Abitur
weitere Tätigkeit:	Juli 1970 - Dez. 1971
	Grundwehrdienst bei der BW
	Januar 1972 - Sep. 1972
	Arbeit als LKW-Fahrer
Studium:	Okt. 1972 - Juli 1974
	Vorklinik der Tiermedizin an der
	Tierärztlichen Hochschule Hannover
	Mai 1975 - Okt. 1980
	Medizinstudium an der Universität
	Würzburg
	August 1978 - Februar 1979
	Famulantenstipendium des DAAD in
	Adelaide/Australien
	Oktober 1980
	3. Teil der ärztlichen Prüfung
	November 1980
	Approbation als Arzt

Gerhard Fröhle